

Prof. TORRIGIANI

Direttore dei Servizi di Otorinolaringoiatria
dei RR. Ospedali Riuniti in Firenze

Prof. PALUMBO

Direttore dell'Istituto Radioterapico Italiano
in Firenze

Radiumterapia dei tumori maligni delle prime vie respiratorie

CONSIDERAZIONI RIASSUNTIVE DELLA RELAZIONE AL
III CONGRESSO INTERNAZIONALE DI OTORINO-LARINGOLOGIA

(Berlino, 17-22 agosto 1936)

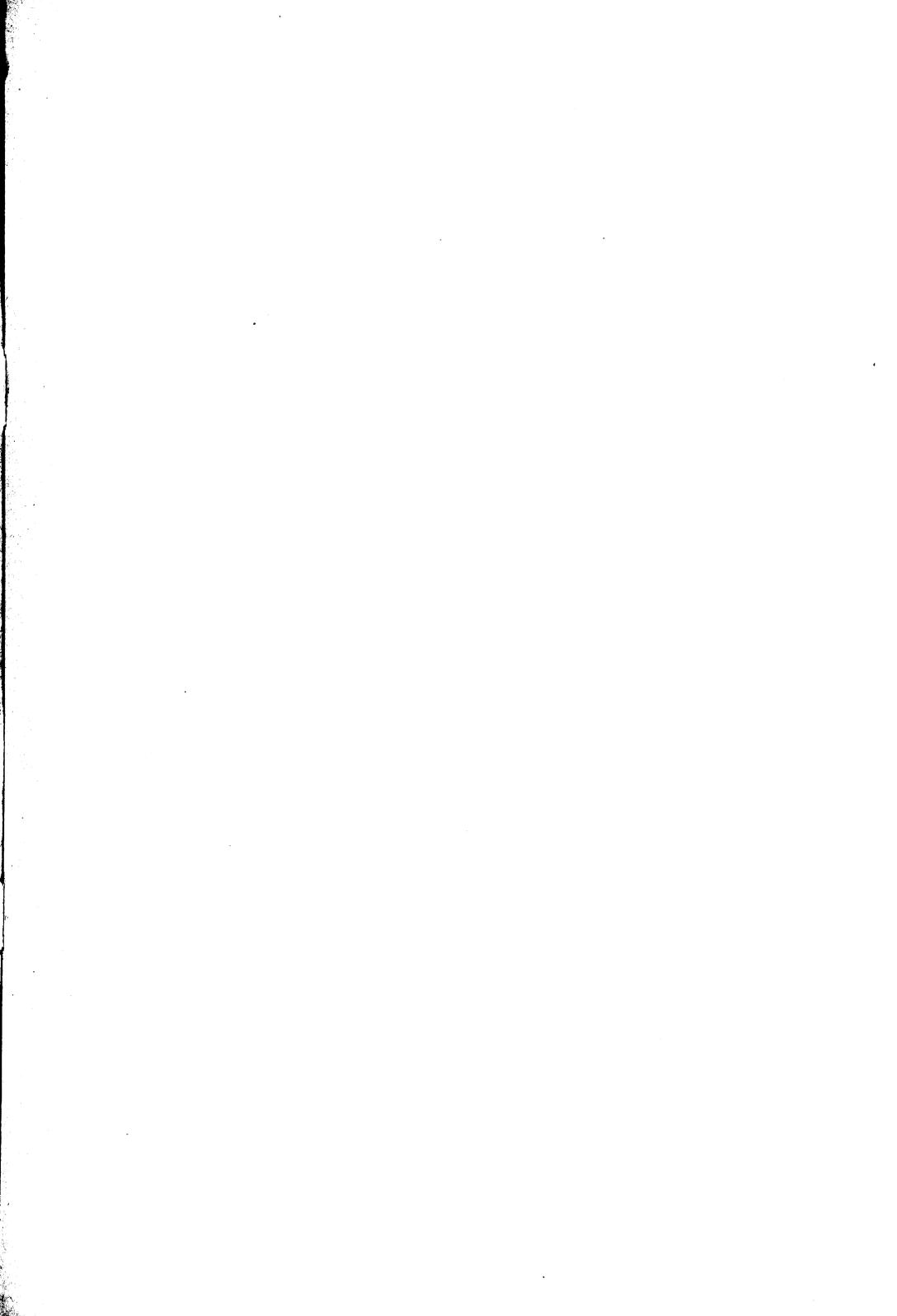
(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 18, del 30 settembre 1936-XIV)

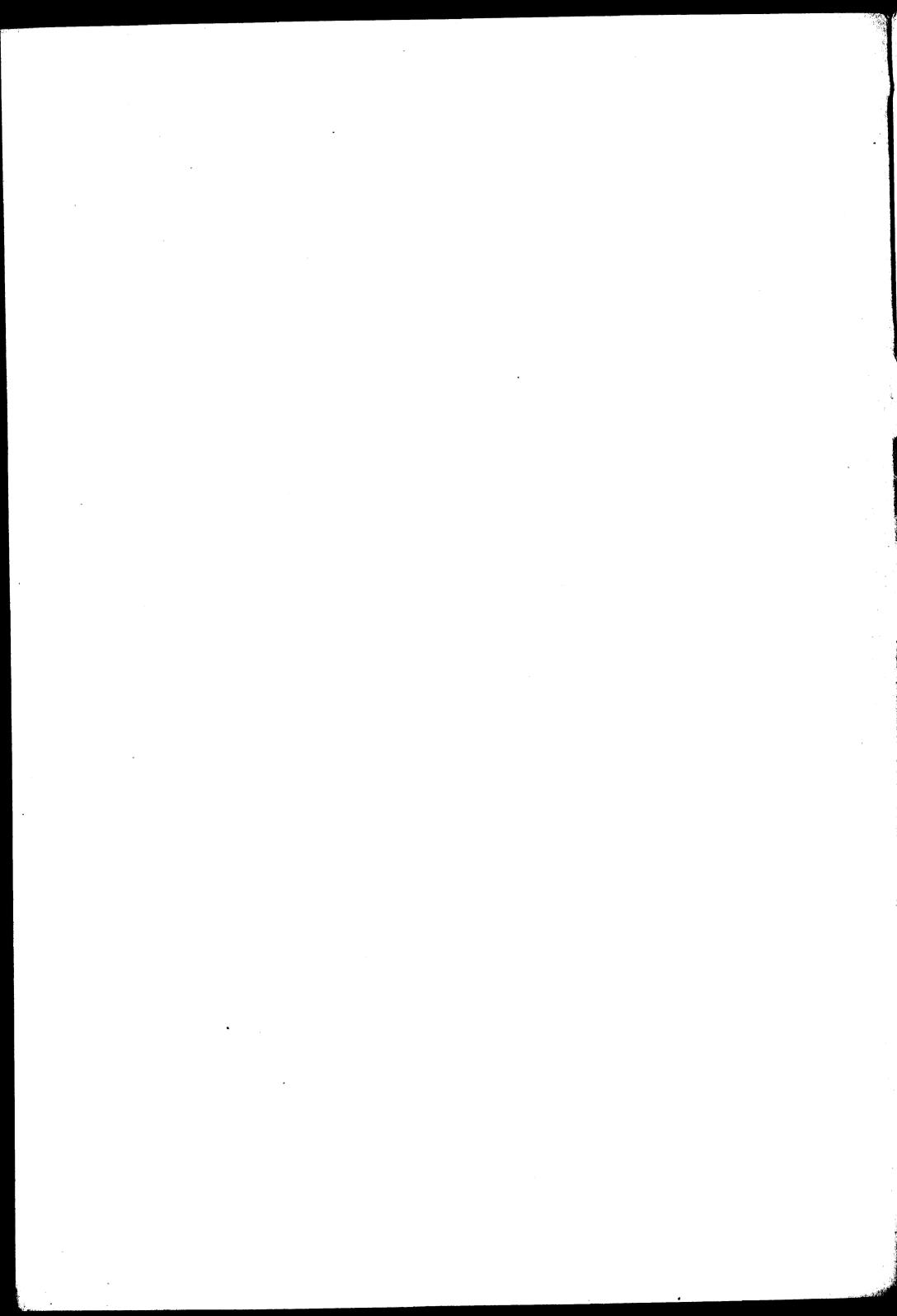
Per
B
56
55



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46







Prof. TORRIGIANI

*Direttore dei Servizi di Otolaringoiatria
dei RR. Ospedali Riuniti in Firenze*

Prof. PALUMBO

*Direttore dell'Istituto Radioterapico Italiano
in Firenze*

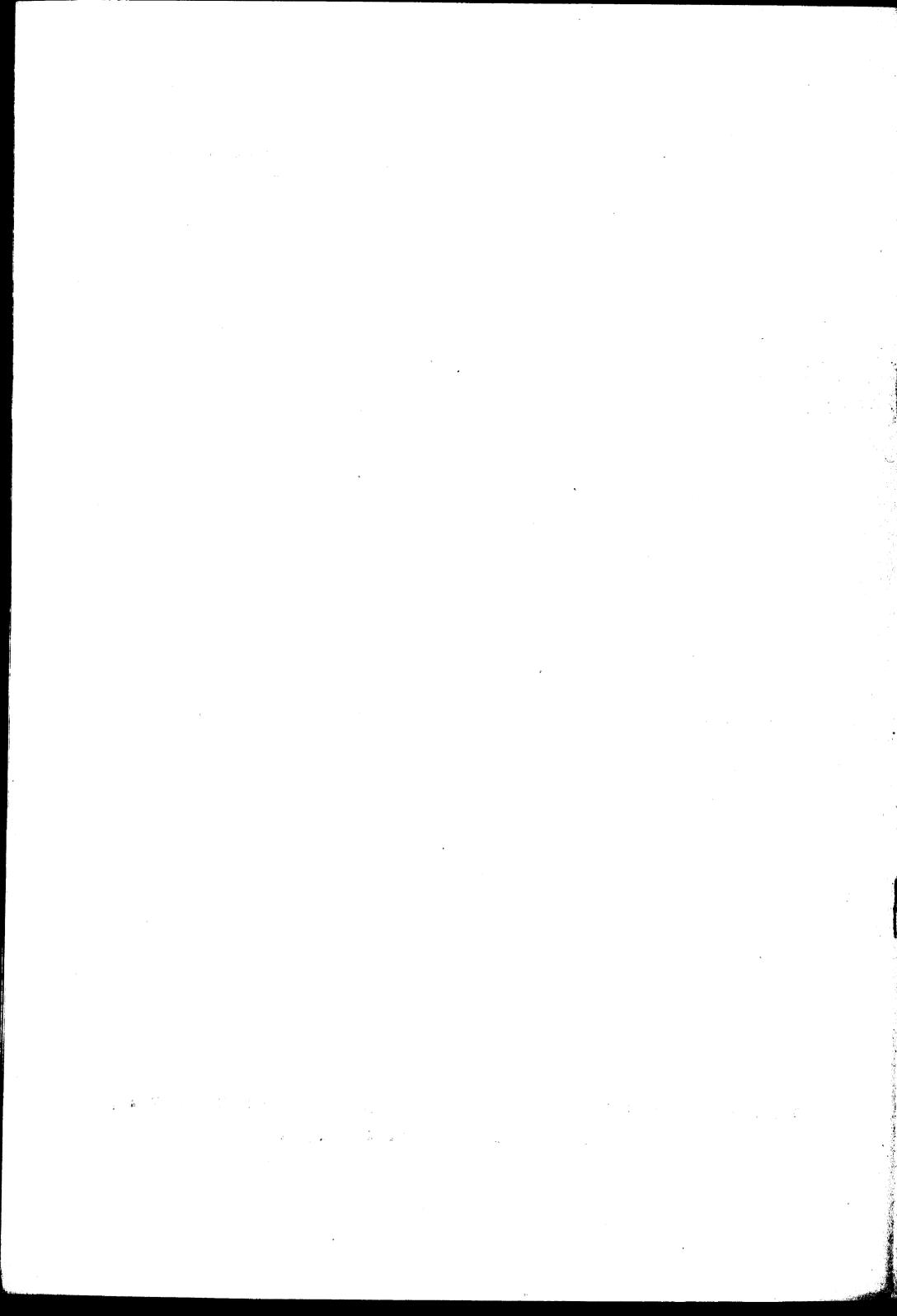
Radiumterapia dei tumori maligni delle prime vie respiratorie

CONSIDERAZIONI RIASSUNTIVE DELLA RELAZIONE AL
III CONGRESSO INTERNAZIONALE DI OTORINO-LARINGOLOGIA
(Berlino, 17-22 agosto 1936)

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 18, del 30 settembre 1936-XIV)



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA"
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46



Questa relazione è una breve sintesi dei dati di fatto rilevati dalla nostra esperienza personale in 25 anni di collaborazione: solo una piccola parte del nostro lavoro compare nelle tabelle che comprendono i casi del periodo più recente e che particolarmente interessa ai fini dell'esposizione dello stato odierno della Curieterapia. I risultati ottenuti nei periodi precedenti attraverso tutta l'evoluzione del metodo terapeutico sommati coi più recenti falserebbero i dati statistici perchè ottenuti con tecniche diverse. Essi non avrebbero altro che un significato storico e purtroppo non privo di sfavorevoli osservazioni, come del resto si è sempre verificato nei periodi di assestamento di tutte le terapie che attraverso gli inevitabili inconvenienti del periodo sperimentale si sono successivamente avviate verso la loro definitiva affermazione.

Allo stato delle conoscenze odierne si può affermare che il *dosaggio* costituisce la chiave di volta di tutto il sistema radioterapico.

La fisica, indagando tutta la gamma dei raggi attraverso le loro lunghezze d'onda, la loro frequenza e la loro costituzione, e l'anatomia patologica la loro azione sulle varie manifestazioni blastomatose, hanno portato elementi basali all'affermazione della terapia irradiante. In questi ultimi tempi però la radiobiologia, cercando di penetrare l'intimo meccanismo dell'azione dei raggi sulla materia vivente e delle reazioni che ne derivano, ha contribuito e più promette di

contribuire, alla chiarificazione dei problemi teorici dalla soluzione dei quali soltanto potranno scaturire le direttive pratiche.

La sintesi però di tutte le ricerche non può che essere vagliata e valutata dalla clinica, la quale sola può armonicamente fondere i dati generali con quelli di ogni singolo soggetto traendone fuori la formula terapeutica. Da ciò emerge chiaro il concetto informatore della collaborazione fra i clinici delle varie branche e il radioterapista. E' noto infatti come la mole di lavoro più importante è stata sempre il frutto di binomi fra clinici e radioterapisti. Collaborazione necessaria dall'accertamento diagnostico, alla formulazione del programma terapeutico, al controllo durante la sua esplicazione, alla sorveglianza del periodo reattivo, all'osservazione metodica dopo il trattamento. Convinzione questa particolarmente evidente nel nostro campo rino-laringologico nel quale l'esattezza del rilievo anatomico-patologico è fondamentale agli effetti delle decisioni terapeutiche e solo determinabile da chi possiede l'assoluta padronanza dei più fini mezzi di indagine in un campo così complesso.

Concetto direttivo principale nella lotta contro i tumori maligni si è — a nostro modo di vedere — quello di agire con *chirurgia più larga e radioterapia più intensa di quello che i dati clinici potrebbero far ritenere sufficiente. Se questo è giusto — come noi riteniamo — nella*

chirurgia, tanto più ci appare necessario nella terapia irradiante che crediamo dovere essere spinta di regola al suo massimo.

Le condizioni generali dei pazienti costituiscono la base fondamentale per la pratica attuazione di queste direttive.

Il metodo della dose frazionata e protratta nel tempo ci consente infatti oggi la esecuzione di questa premessa: mantenendo in efficienza i poteri reattivi organici, la dose totale dei raggi può essere così elevata al più alto grado.

Sia per la chirurgia che per la radioterapia tre sono i problemi fondamentali: *il tumore, i nodi linfatici, le recidive.*

Ciascuno di questi problemi e, a fortiori, tutti e tre riuniti, ci confortano nel convincimento della generosità di ogni pratica terapeutica. Per la cura del tumore la chirurgia è rappresentata da un intervento diretto sia pure a limiti i più ampi possibili sempre relativamente alla base d'impianto o d'invasione. La terapia irradiante viceversa è del tutto regionale e la fusione del tessuto eterologo oltre che all'azione diretta dei raggi è dovuta all'azione indiretta dei medesimi attraverso le modificazioni apportate sulla regione irradiata. L'irradiazione omogenea di intensità massima estesa a tutto il collo costituisce oggi la migliore misura profilattica contro le recidive. E' a tutti noto come un reintervento coi raggi è fatalmente destinato a modesti risultati; tanto più appare evidente la necessità di esplicitare in primo tempo il massimo sforzo. Nè minore intensità è da usarsi contro i linfo-nodi che, per la loro radio-resistenza, solo a dosi di questa intensità possono cedere.

Le tre parti nelle quali è stato diviso il nostro lavoro rispondono singolarmente oltre che a concetti anatomici e clinici ben distinti, anche a direttive terapeutiche diverse.

Così, trattando dei tumori delle fosse nasali e cavità annesse, siamo venuti nel convincimento che queste regioni sono di dominio della radio-chirurgia.

Nelle forme epiteliali questi due mezzi terapeutici quasi costantemente si completano o contemporaneamente o in fasi diverse. Solo in

alcune forme tumorali specialmente radio-sensibili e soprattutto sarcomatose, la terapia irradiante può di per se stessa esser sufficiente.

Per la sede alle cavità para-nasali abbiamo seguito il metodo operatorio adottato da uno di noi (TORRIGIANI) che consiste nella pratica di un'apertura *persistente nel palato osseo* sano, la quale consenta al medico o al malato stesso di poter sorprendere una eventuale recidiva al suo primo comparire, e di combattere coi più fini accorgimenti di tecnica la zona di impianto o di invasione della neoplasia. Questo metodo facilita inoltre la sorveglianza del periodo reattivo e la relativa terapia sintomatica locale. Così facendo abbiamo potuto ottenere delle sopravvivenze veramente notevoli in casi nei quali altrimenti un secondo intervento sarebbe avvenuto troppo in ritardo o sarebbe stato addirittura impossibile.

Analogo procedimento è da adottarsi nella localizzazione etmoidale allorchè o per compromissione del cavo orbitario o per asportazione tumorale non sicuramente completa si possa convincere il paziente a sacrificare tempestivamente anche l'organo visivo sia pure non ancora compromesso nella sua funzione.

Un'apertura permanente nel cavo orbitario può apportare gli stessi vantaggi di *sorveglianza e di lotta contro l'eventuale recidiva* etmoidaria come la palatina per la sede dell'antro.

All'eventuale obiezione della perforazione a palato sano e dello svuotamento orbitario ad occhio integro, è facile rispondere che la conservazione della vita val bene il sacrificio sia pur grave e mutilante come quello di un occhio. Per il palato poi l'applicazione di un apparecchio comune di protesi ovvia a qualsiasi disturbo: esso infatti, al contrario di quanto avviene per l'enucleazione oculare, viene accettato dai pazienti che facilmente si rendono ragione dell'opportunità di tale intervento.

I risultati da noi ottenuti in questo campo nel quale il problema della recidiva supera anche quello dei nodi linfatici, è il migliore aserto della pratica utilità di questo metodo terapeutico.

La *cavità faringea* è una delle sedi tumorali nella quale la chirurgia ha compiuto e continua a compiere dei nobilissimi sforzi con interventi gravi e complessi sovente non coronati, purtroppo, da quei risultati che in realtà meriterebbero.

La terapia irradiante ha perciò trovato in questo campo sempre maggiori indicazioni specialmente per i tumori più estesi.

Nell'*ipofaringe* gli effetti della irradiazione sono molto limitati nonostante si arrivi spesso alla fusione tumorale con guarigione clinica. La persistenza linfonodulare e la recidiva tumorale costituiscono due insidie contro le quali poco si riesce a fare nonostante la somministrazione di dosi le più intensive, frazionate e protratte.

Risultati relativamente migliori si sono ottenuti nell'*epifaringe*. Certamente il problema dei linfonodi che alle volte è imponente, non raramente è meno insidioso che nell'*ipofaringe*: così che, ottenuta la fusione tumorale, il decorso è meno sfavorevole. Le sopravvivenze sono state infatti più lunghe che per la sede ipofaringea.

Se le differenze dei risultati terapeutici ottenuti in queste due regioni, pure apprezzabili, non sono poi troppo marcate, ben rilevanti sono invece in confronto alla *sede mesofaringea*. Di tutta la faringe è questa la localizzazione che offre le maggiori possibilità di risorse terapeutiche.

La chirurgia dà in questa regione frutti migliori non solo nei piccoli ma anche nei grandi tumori.

I risultati della terapia irradiante non sono però meno favorevoli: la sua importanza appare evidente solo che si consideri, come risulta anche dalle nostre statistiche, la possibilità di guarigioni definitive, non solo in forme sarcomatose, ma anche in quelle epiteliali.

La teleterapia Curie che costituisce la nostra terapia di elezione è, tutte le volte che è possibile, combinata con l'irradiazione diretta endotumorale: intervento questo comune nella localizzazione mesofaringea del tumore, eccezionale nell'*epifaringe*, impossibile nell'*ipofaringe*.

I tumori della laringe vengono generalmente classificati in *intrinseci* ed *estrinseci*. Nella nostra esposizione noi abbiamo considerato tumori laringei esclusivamente gli intrinseci, perchè abbiamo classificati fra gli ipofaringei quelli del bordo esterno della glottide, altrimenti detti faringo-laringei.

Gli *intrinseci*, cioè laringei secondo la nostra classifica, sono stati da noi suddivisi in *cordali*, *sopra-cordali*, *sotto-cordali*: suddivisione relativa naturalmente alle forme iniziali, utile ai fini delle indicazioni terapeutiche. Noi crediamo infatti che nei tumori a sede cordale con mobilità conservata possa essere risparmiato l'intervento chirurgico. Questa affermazione è in contrasto con la convinzione più comune che si debba in questi casi ricorrere senza alcuna esitazione all'asportazione del tumore o mediante laringofissura o per le vie naturali, come qualche autorevole collega consiglia.

Per evitare l'apertura delle vie respiratorie dall'esterno e per la poca sicurezza di successo che dà l'intervento endo-laringeo, sono stati praticati vari metodi radio-chirurgici a vie respiratorie chiuse.

Noi siamo giunti alla convinzione che si possono ottenere gli stessi risultati terapeutici mediante l'irradiazione transcutanea senza incorrere nell'insorgenza della radio-seccosi che gli stessi interventi sulle cartilagini laringee non erano riusciti ad impedire.

All'obbiezione che non si possa così raggiungere la sicurezza dell'asportazione chirurgica è da rispondere che, qualora fallisse l'irradiazione, si è sempre nella possibilità di eseguire tempestivamente una laringofissura, che noi da tempo abbiamo normalmente risparmiata.

Questa nostra direttiva è anche confortata dalle più recenti acquisizioni di radio-biologia per l'azione citolitica delle irradiazioni sugli elementi neoplastici e sclerotizzante sulla sottomucosa.

Quest'azione sul terreno d'impianto rende minore la possibilità di recidive, tanto che è consigliata anche dopo l'eseresi chirurgica.

In alcuni casi cordali con limitazione dei mo-

vimenti e nei quali era stato rifiutato l'intervento chirurgico, da noi sempre consigliato, abbiamo ottenuto delle guarigioni con le sole irradiazioni transcutanee.

Nelle forme poi sopra o sotto-cordali, nelle quali la prontezza dell'asportazione s'impone, insistiamo sempre, se la lesione interessa una sola metà della laringe, nel consigliare la emilaringectomia secondo GLÜCK: essa infatti risponde al nostro concetto terapeutico seguito nella localizzazione ai seni para-nasali per la possibilità della vigilanza per un lungo periodo e per sorprendere la eventuale recidiva al suo primo comparire. Che se poi il tumore laringeo ad impianto cordale, sopra o sotto-cordale, invade le due metà, la laringectomia si impone quale metodo terapeutico radicale.

Qualsiasi caso però operato con laringo-fissura semplice o allargata, con asportazione parziale dell'organo, ed anche con asportazione totale, beneficerà dell'irradiazione post-operatoria per l'azione sterilizzante dei raggi sul terreno in genere e sulle sedi linfatiche in specie.

Queste direttive ed i risultati ai quali esse hanno portato sono il prodotto dell'armonica fusione degli unici due mezzi di cura oggi a nostra disposizione nella lotta contro i tumori maligni delle prime vie respiratorie, come di tutte le altre sedi.

Opera filantropica compirà chi contribuirà a convincere i medici ed i pazienti che il cancro in molte regioni è guaribile se tempestivamente diagnosticato e opportunamente curato: fra queste le forme delle prime vie aeree e digerenti non sono le più sfavorevoli.

~~311719~~



54036



